

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

届 出 者 名		本人との関係	
届 出 者 住 所		連 絡 先 電 話 番 号	

被 保 険 者 番 号				個 人 番 号			
被 保 険 者	フリガナ			性 別		男 ・ 女	
	氏 名			生 年 月 日		大 ・ 昭 年 月 日	
	住 所	〒					
再 交 付 の 種 別		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ その他（ ）					
再交付の申請理由		☐ 紛失 ☐ 汚損 ☐ 破損 ☐ 焼失 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他（ ）					
福島県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり資格確認書等の再交付を申請します。 令和 年 月 日							

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	資格確認書等	交付（未・済） 令和 年 月 日（即時・郵送）							
		回収（未・済） 令和 年 月 日							
		電算処理（未・済） 令和 年 月 日							
	備 考					入 力		確 認	
						市町村名			